



REAL CENTRO UNIVERSITARIO
Escorial – María Cristina

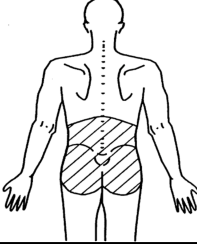
CUESTIONARIO PARA LA SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Nombre:

Edad:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

| | Sí (especifique) | No |
|---|------------------|----|
| ¿Padece Ud. de dolor lumbar en la zona indicada por el esquema, desde hace más de 3 meses? En caso afirmativo, ¿desde cuándo?  | | |
| ¿Sufre Ud. algún dolor de mayor intensidad o gravedad que el lumbar? | | |
| ¿Sufre Ud. dolor en sus manos/pulgares o en regiones cercanas a la lumbar? | | |
| ¿Ha sido Ud. diagnosticado con alguna enfermedad psiquiátrica o reumática? | | |
| ¿Toma Ud. algún medicamento regularmente para el dolor? ¿Cuál? | | |
| ¿Ha sido Ud. operado de la columna vertebral? | | |
| ¿Ha recibido Ud. tratamiento de manipulación vertebral en los últimos 12 meses? | | |
| Si es Ud. mujer, ¿existe riesgo de estar embarazada? | | |

Firma del participante : _____ Fecha : _____

Firma del investigador : _____ Fecha : _____

Paseo de los Alamillos, 2 - 28200 San Lorenzo de El Escorial, Madrid, Spain
Tel.: +34 (91) 890 45 45 Fax: +34 (91) 890 66 09
www.rcumariacristina.com